2024年度

公募「**ACS後の患者手帳事業**」

提案書

作成日　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 提案事業名 | ACS後の患者手帳事業 |
| 機関名（ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |
| 実施予定期間 |  |
| 担当者氏名（ﾌﾘｶﾞﾅ） |  |
| 担当者所属・役職 |  |
| 住所 |  |
| 電話番号 |  |
| E-mail |  |

*・本事業の事業計画について、2ページ以内で具体的かつ明確に記入してください。具体的な事業内容がわかる資料がある場合には別紙として添付すること。*

# 【概要】

# 【事業の目的と対象】

# 【期待される効果】

# 【事業計画】

*・予算の確保、本事業の実施体制及び実施期間などに関して具体的に記載すること。*

# 【申請者が所属する組織・業界団体における倫理規定・プロモーションコードなどからの逸脱がないかの検証】

*・組織内に法務部などがある場合には、その見解を具体的に記載すること。*